ITEM 147 : FIÈVRE AIGUË CHEZ L'ENFANT

Fiche réalisée en utilisant les informations/rangs de la fiche LiSA > Collèges (Pédiatrie et Pilly)

- Fièvre = température **≥ 38 °C quel que soit l'âge** ou le **moment de la journée** (chez adulte : ≠ entre matin et soir).
- Symptôme le + fréquent chez l'enfant.
- Évolution : - **Aiguë** < **5 jours** chez nourrisson et 1 semaine chez l'enfant plus âgé (Collège de Pédiatrie).
- **Prolongée > 20 jours** : < 50 % de cause infectieuse.
- Conditions de prise de température : à distance des repas, après 20 minutes de repos, par **voie rectale (**méthode de ref), mais par facilité utilisation de la **voie axillaire** ou **buccale** (ajouter +0,5 °C pour obtenir la température centrale) ou par **voie tympanique** (thermomètre infrarouge, impossible si obstruction du conduit, moins précis).
- Reflet de la réponse **hypothalamique** (centre de la thermorégulation) à l'agression tissulaire : en réponse à des substances pyrogènes exogènes et endogènes (cytokines…)
- Niveau de fièvre non corrélé à la gravité de l'infection en cours.

→ Fièvre non synonyme d'infection :
- Infection sans fièvre **: toxi-infection** (choléra, tétanos…), **infection chronique** (ostéite…), terrain (sujet âgé, immunodéprimé).
- Infection avec hypothermie : **bactériémie à BGN** ++.
- Causes non infectieuses de fièvres multiples (penser chez l'enfant aux hémopathies et cancers ++).

Évaluation de la contagiosité :
- Tout patient avec une fièvre aiguë est **contagieux** jusqu'à **preuve du contraire.**
- Présence de signes respiratoires ou méningés ou d'un purpura fébrile : mise en place de **précautions complémentaires** respiratoires (chambre seule, masque) avant de continuer l'évaluation du patient et en ft du **micro-organisme suspecté.**

GRAVITE

Signes cliniques de gravité

Signes de **sepsis** : signes d'hypoperfusion tissulaire
- Neurologique : **angoisse, agitation, confusion, troubles du comportement (cri plaintif, geignement), prostration, coma.**
- Cardiovasculaire : **PAS basse, pouls faible/filant.**
- Cutané : **purpura, extrémités froides et cyanosées, marbrures.**
- Respiratoire : **polypnée (norme à adapter à l'âge), geignement expiratoire (grunting), tirage et signes de lutte, balancement thoracoabdos, polypnée superficielle**, **SpO_2 basse.**
- Rénal : **oligurie < 0,5 mL/kg/h** ou **anurie.**

En pédiatrie évaluation d'urgence se fait par *(cf item 332)* :
Hémodynamique : Fc4P
- Fréquence cardiaque (signe le plus précoce).
- PA.
- Circulation périphérique (marbrures, froideur des extrémités, TRC allongé).
- Pouls filants.
- Précharge : hépatomégalie = signe de défaillance myocardique septique.

Neurologique : comportement et interaction avec l'entourage, conscience (alerte, souriant, somnolent…), syndrome méningé.
Respiratoire : FTVO.
- Fréquence respiratoire.
- Travail (signes de lutte).
- Volume (auscultation asymétrique, respiration superficielle).
- Oxygénation.

Signes orientant vers une infection sévère :
- **Détresse respi** (pneumopathie grave) ou tb **hémodynamiques** (sepsis).
- **Purpura** (infection à méningocoque).
- **Érythème** diffus (sd toxinique).
- **Sd méningé** (méningite).
- Anomalie du **tonus** ou tb de cs (méningite, encéphalite).
- Douleur à la **mobilisation** d'un membre (ostéo-arthrite).
- Selles **glairo-sanglantes** avec fièvre.

Terrain à risque d'infection sévère

- **Âge** (NNé, nrs < 6 semaines).
- **Pathologie connue** : drépanocytose, immunosuppression, cathéter central, affection chronique pulmonaire ou rénale, maladie systémique…
- **Capacités de surveillance** limitées de l'entourage.

Retentissement

Fièvre en soi n'est **pas un signe de gravité**, mais peut décompenser une comorbidité ou causer :
- **Retentissement neurologique** : troubles du comportement, convulsions, délire, coma.
- **Déshydratation** : ↗ des pertes hydriques de **400 mL/degré** au-dessus de 37 °C.
- **Décompensation cardio-respiratoire** : - ↗ de la **FC** et **FR** de **10 bpm/degré** > à 37 °C.

			- Majoration des besoins en oxygène.
	Crise fébrile		- Anciennement appelée **crise convulsive hyperthermique.** - **Fréquente** chez l'enfant (2 à 5 % des enfants de 6 mois à 5 ans), non directement liée à la fièvre, mais plutôt au « **climat inflammatoire** » qui lui est associé (fièvre non indispensable au moment de la crise). - Une crise fébrile prolongée et/ou survenant chez un enfant en dehors de l'âge « classique » (**moins de 6 mois, plus de 5 ans**), présentant des signes de gravité hémodynamique, neurologique ou respiratoire au décours de la crise doit faire **évoquer une infection neuro-méningée**. - Si la crise fébrile est **simple** (sans critère inhabituel) : **aucun ttt spécifique**, **rassurer** les parents tout en expliquant le risque de **récidive** dans une situation similaire.
DIAGNOSTIC	Évaluation pédiatrique		**- Selon le terrain :** . Chez nouveau-né et le nourrisson de **moins de 3 mois** : prédominance des **infections bactériennes** avec signes peu spécifique (penser à la pyélonéphrite ++, mais aussi à des bactériémies, des méningites). . Chez le **> 3 mois** et le jeune enfant : fréquence des infections **virales.** - Penser à vérifier le **statut vaccinal.** - **Nouveau-né** : histoire obstétricale, facteurs de risques d'infection néonatale précoce (PV + au SGB, préma, fièvre maternelle périnatale, RPM > 12 h, liquide amniotique teinté…) - **Nourrisson et enfant** : Mode de garde, scolarisation (épidémie en crèche/école). - Importance de l'examen des **muqueuses** (chéilite, glossite, conjonctivite) pour éliminer une maladie de **Kawasaki** chez l'enfant.
	Int		- **Contexte** : voyage récent et si oui dans quelle zone d'endémie (paludisme, BK…), notion de contage, postopératoire, prise de risque (sexuel, toxicomanie…) - **Environnement** (exposition aux animaux, eaux usées…), **loisirs** [baignade en eau douce (leptospirose), forêt (tiques)] - **Terrain** : matériel prothétique vasculaire, valvulaire ou articulaire, cathéter vasculaire. - **Prise médicamenteuse :** ATB (risque de négativer les prélèvements), chimiothérapie et autre immunopéniant, vaccination récente. - **Caractéristiques de la fièvre** (début brutal, progressif, motif de récurrence…)
	C		*Chez le grand enfant, examen clinique comparable à celui de l'adulte :* - **Neurologique** : syndrome méningé, céphalées, signes de focalisation. - **Ophtalmologique** : conjonctivite, purpura conjonctival, ictère. - **ORL** : rhinorrhée, angine, douleur à la pression des sinus maxillaires ou frontaux, examen tympanique. - **Pulmonaire** : toux, dyspnée, expectoration, signe auscultatoire. - **Cardiaque** : recherche d'un souffle, frottement. - **Abdominal** : diarrhée, signe de Murphy, défense, contracture, hépatosplénomégalie. - **Urinaire** : brûlure mictionnelle, douleur à la percussion lombaire, BU. - **Génital** : leucorrhée, douleur à la mobilisation des annexes (chez l'adolescente non vierge). - **Cutané** : éruption, érysipèle, escarre d'inoculation, plaie d'allure infectée, cicatrice inflammatoire ou purulente. - **Palpation des aires ganglionnaires.** - **Ostéoarticulaire** : impotence fonctionnelle, épanchement, point douloureux rachidien, plaie du pied. - **Présence de matériel étranger** : sonde urinaire, cathéter veineux central ou périphérique, pacemaker, dérivation ventriculaire…
EXAMENS PARACLINIQUES	Rationnel de l'utilisation des examens complémentaires.		
	Aucune indication		- **Fièvre aiguë isolée**, bien tolérée, chez un grand enfant sans comorbidité, sans foyer bactérien évident, ne revenant pas d'une zone d'endémie palustre. - **Infection bactérienne localisée évidente cliniquement**, non compliquée, accessible à une antibiothérapie probabiliste : otite, sinusite, angine streptococcique… - **Tableau viral évident, bénin, bien toléré** : virose saisonnière, fièvre éruptive infantile, bronchite…
	Orientat°		- Signes évoquant pneumonie : **Radio Thorax.** - Diarrhée invasive : **coproculture.** - Angine < 15 ans : **TDR Strepto A.** - Sepsis : **Hémocultures.** - Suspicion de paludisme : **frottis-goutte épaisse.** - Suspicion de méningite (au moindre doute < 6 semaines) : **PL.**
	Fièvre persistante sans étiologie évidente	< 72 h	- Si bilan clinique négatif : rassurer et revoir à 48 h si la fièvre persiste. → Aucune indication d'antibiothérapie sans foyer infectieux ni en traitement d'épreuve.
		> 72 h	- **Hémocultures** prélevées avant toute antibiothérapie, si absence de pt d'appel évident. - Bilan standard : **NFS, iono, urée, créatininémie, bilan hépatique, BU, RP.**

<table>
<tr><td rowspan="6">PRISE EN CHARGE</td><td></td><td></td><td>- GDS, lactatémie, TP : si signes de gravité.
- CRP, PCT : aucun intérêt en cas de diagnostic évident, mais peut orienter vers une étiologie virale ou bactérienne selon la situation.</td></tr>
<tr><td>Point d’appel infectieux évident</td><td colspan="2">- Traitement adapté à l’étiologie.
- En ambulatoire ou hospitalisation selon la gravité, le risque de complication, le terrain, la voie d’administration du traitement et la nécessité d’une surveillance.
- Réévaluation systématique à 48-72 h, notamment en cas de traitement ambulatoire.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Absence de point d’appel évident</td><td>Sans signe de gravité</td><td>- Généralement virose, guérison spontanée en moins d’1 semaine.
- Terrain à risque : hospitalisation souvent nécessaire pour surveillance rapprochée et possiblement indication d’antibiothérapie probabiliste.</td></tr>
<tr><td>Avec signes de gravité</td><td>La présence de signes de sepsis : généralement d’origine pulmonaire, urinaire ou abdominale
- Antibiothérapie probabiliste et remplissage vasculaire.
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien en urgence dès stabilisation du patient.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Signes de gravité</td><td colspan="2">- Hospitalisation systématique (via SMUR préalable si urgence vitale).
- Investigations systématiques : hémoculture, BU et ECBU, NFS, CRP/PCT + PL « facile ».
- Antibiothérapie empirique si purpura fulminans, sepsis, neutropénie fébrile, forte suspicion méningite avec contrindication immédiate à PL.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Terrain à risque</td><td colspan="2">- Évaluation hospitalière systématique, peu importe l’âge.
- Avis du médecin référent si comorbidités.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Si pas de gravité, selon l’âge</td><td>< 6 semaines</td><td>- Évaluation hospitalière et surveillance systématique avec bilan complet (hémocs, NFS, CRP/PCT, BU entre 4 et 6 semaines et ECBU avant 1 mois car BU non fiable < 1 mois).
- Infections les plus fréquentes = pyélonéphrite, bactériémies, méningite, IOA, infections cutanées.
- Avant 7 jours = infection néonatale précoce -> SGB, E.Coli, L. monocytogenes.
- Après 7 jours = infection néonatale tardive -> SGB, E.Coli, plus rarement Staph doré, méningo et pneumo.</td></tr>
<tr><td>Entre 6 semaines et 3 mois</td><td>Point d’appel/contexte particulier (voyage) : prise en charge spécifique, recherche de paludisme si retour de zone d’endémie.

Fièvre isolée ≤ 48 h : traitement symptomatique, consignes de surveillance, bandelette urinaire (selon contexte, uropathie, fièvre > 40 °C).

Fièvre isolée > 48 h : bilan infectieux : CRP/PCT, BU, hémoculture.</td></tr>
<tr><td>> 3 mois</td><td>Point d’appel/contexte particulier (voyage) : prise en charge spécifique, recherche de paludisme si retour de zone d’endémie.
Fièvre isolée ≤ 72 h : traitement symptomatique, consignes de surveillance +++.
Fièvre > 72 h : au moins la BU, discuter CRP/PCT, hémoculture selon le contexte et l’examen physique.
Fièvre > 5 jours : penser Kawasaki (rechercher les autres signes de Kawasaki).
Fièvre > 14 jours : penser aux causes hémato-oncologiques (leucémie, neuroblastome) et aux causes inflammatoires (avis pédiatrique spécialisé).
Fièvre cyclique (récurrente) : avis pédiatrique spécialisé.</td></tr>
<tr><td>Étiologie non infectieuse
(non repris dans le collège de Pédiatrie)</td><td>Syndrome d’hyperthermie maligne</td><td>= Hausse de la température corporelle par défaut de thermolyse avec température centrale > 40° et signes neurologiques, sans argument pour cause infectieuse et présences d’un/de plusieurs facteurs favorisants/causaux :
- Coup de chaleur : exercice physique en conditions de température élevée.
- Personne âgée dépendante et polymédiquée en période de canicule.
- Médicamenteuse : syndrome malin des neuroleptiques, ISRS, antiparkinsoniens.
- Endocrinopathies (exceptionnelle) : thyrotoxicose, phéochromocytome.</td></tr>
<tr><td colspan="2">- SRIS : chirurgie majeure, polytraumatisme, hématome volumineux, hémorragie méningée, pancréatite…
- Accident thrombo-embolique.
- Contexte inflammatoire : lupus, maladie de Still, SAPL, DRESS syndrome, érythrodermie…
- Néoplasie : nécrose tumorale, cancer multimétastatique, hémopathie maligne aiguë…</td></tr>
</table>

TT	Mesures associées	- Traitement spécifique selon l'étiologie infectieuse. - **Lutte contre la déshydratation** : boissons abondantes et variées, sucrées et salées. - Ne pas surcouvrir l'enfant ni surchauffer la pièce, aération de la maison.
	Antipyrétique	= Non systématique : la fièvre augmente les défenses et permet le suivi de l'évolution et du traitement. - Indication : pour le confort de l'enfant, donc surtout si **fièvre mal tolérée** ou sur terrain particulier (**insuffisant cardiaque/respiratoire**). - Administration systématique et régulière (évite les rebonds de fièvre). - **Paracétamol** : - 15 mg/kg x 4/j chez l'enfant, soit jusqu'à 60 mg/kg/j, oral dès que possible. - Contre-indication : hépatite aiguë, insuffisance hépatique. - **Aspirine** et **anti-inflammatoire non recommandés** : risque de syndrome de Reye en cas de virose chez l'enfant (grippe ou varicelle ++), risque de complication locorégionale ou systémique grave en cas de foyer bactérien. - Seul **l'ibuprofène** (après 3 mois, et kétoprofène après 6 mois, mais rarement utilisé chez l'enfant en pratique) peut se discuter en cas d'inconfort persistant malgré paracétamol et en l'absence de foyer bactérien associé.
	Antibiothérapie	Indication **d'antibiothérapie urgente** devant une fièvre **sans diagnostic** : - **Présence de signes de sepsis.** - **Patient neutropénique (< 500/mm^3) ou asplénique.** - **Suspicion d'infection grave** (ex : ***Purpura fulminans***). Autre immunodépression ou décompensation : **urgence diagnostique** (avant antibiothérapie).